

DOULEURS THORACIQUES NON TRAUMATIQUES DE L'ADULTE : ETIOLOGIES ET PRISE EN CHARGE AU CHU DE BRAZZAVILLE (CONGO)

ELLENGA MBOLLA BF*, GOMBET TR*, ATIPO IBARA BI**, IKAMA MS*** MASSAMBA MIABAOU D*, ETITIELE F*

*Service des urgences CHU de Brazzaville ; **Service de gastro-entérologie et médecine interne CHU de Brazzaville ; ***Service de cardiologie CHU de Brazzaville

Auteur correspondant : Docteur Bertrand Ellenga Mbolla Service des urgences, CHU de Brazzaville BP 32 Brazzaville CONGO Tél : (242) 5387316 Courriel : fikabertrand@yahoo.fr

RESUME :

Cette étude rétrospective qui porte sur les douleurs thoraciques non traumatiques de l'adulte, a été réalisée pendant une période de trois mois dans le service des urgences du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Son but était de déterminer la prévalence des douleurs thoraciques, de préciser leurs étiologies et la place des maladies cardiovasculaires. Nous avons colligé 88 cas repartis en 40 hommes (45,5%) et 48 femmes (54,5%). Le sex-ratio était de 1,2. L'âge moyen de la population d'étude était de 38,8±17,3 ans (extrêmes 18 et 74 ans). La prévalence des douleurs thoraciques non traumatiques était de 9,1%.

Vingt et un patients (23,9%) étaient immunodéprimés au VIH, 9 patients (10,2%) étaient tabagiques actifs ou sevrés depuis moins de trois ans.

Les signes associés étaient représentés par la fièvre dans 42 cas (47,7%), la dyspnée dans 37 cas (42%) et la toux dans 33 cas (37,5%).

Les étiologies principales étaient représentées par les maladies broncho-pulmonaires dans 52 cas (59%), les maladies gastro-oesophagiennes dans 16 cas (18,2%) et les maladies cardiovasculaires dans 10 cas (11,4%).

Le traitement antalgique a été utilisé chez 44 patients (50%) en dehors du traitement étiologique. La durée moyenne d'hospitalisation dans le service des urgences était de 25,7±8,3 heures, avec les extrêmes de 12 et 48 heures. Aucun décès n'a été enregistré.

Mots-clés : Douleurs thoraciques, urgences, étiologies.

SUMMARY:

This retrospective survey that is about the adult's non traumatic thoracic pains has been achieved during one period of three months in the service of the emergencies of the hospital and academic center of Brazzaville. Her goal was to determine the prevalence of the thoracic pains, to specify their causes and the place of the cardiovascular diseases. We collected 88 cases left in 40 men (45,5%) and 48 women (54,5%). The sex-ratio was of 1,2. The middle age of the population of survey was of 38,8±17,3 years (extreme 18 and 74 years). The prevalence of the non traumatic thoracic pains was of 9,1%.

Twenty-one patients (23,9%) were HIV, 9 patients (10,2%) were active smoke or weaned since less than three years.

The associated signs were represented by the fever in 42 cases (47,7%), the dyspnoea in 37 cases (42%) and the cough in 33 cases (37,5%).

The main diseases was represented by the respiratory diseases in 52 cases (59%), the oesophagus and gastric diseases in 16 cases (18,2%) and the cardiovascular disease in 10 cases (11,4%).

The treatment analgesic has been used among 44 patients (50%) outside of the treatment of causes. The middle length of hospitalization in the service of the emergencies was of 25,7±8,3 hours, with the extremes of 12 and 48 hours. No death has been recorded.

Keys-words: Chest pain, emergencies, causes.

INTRODUCTION

La morbidité en Afrique sub-saharienne est longtemps restée dominée par les pathologies infectieuses, malgré la progression ces dernières décennies de la prévalence des maladies cardiovasculaires [1]. Les douleurs thoraciques non traumatiques sont un motif fréquent et préoccupant de consultation de l'adulte dans les pays occidentaux. Elles sont dominées par les douleurs d'origine cardiovasculaires qui engagent immédiatement le pronostic vital. Dans ces pays, la prise en charge des syndromes coronariens aigus, des dissections aortiques et de l'embolie pulmonaire est bien codifiée [2]. En revanche, en Afrique sub-saharienne, La prise en charge de ces douleurs thoraciques dans les services des urgences reste problématique du fait du retard dans l'acheminement des patients, de l'insuffisance du plateau technique et la pauvreté de la population [3]. La place des

pathologies cardiovasculaires dans le syndrome douloureux thoracique est dans ce cadre mal connue.

Le but de cette étude était de déterminer la prévalence des douleurs thoraciques, de préciser leurs étiologies et la place des maladies cardiovasculaires parmi celles-ci.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective, réalisée du 01/05/07 au 30/07/07 soit 3 mois dans le service des urgences du CHU de Brazzaville

Etaient inclus, les patients âgés de 18 ans et plus, admis pour douleurs thoraciques non traumatiques évoluant depuis moins d'une semaine et ayant un dossier médical où étaient mentionnés : le sexe, l'âge, la provenance, la symptomatologie, les examens complémentaires (biologie, radiographie, électrocardiogramme, endoscopie), le traitement, le diagnostic et la durée de séjour.

Les paramètres analysés ont été :

- l'âge et le sexe

- la provenance des patients repartis en 3 items : du domicile, référé d'un santé dans la ville et enfin de l'intérieur du pays ;
- les antécédents médicaux et les habitus :
- la symptomatologie associée,
- la diagnostic,
- le traitement antalgique utilisé selon la classification de l'OMS [4] en trois marges antalgiques (les antalgiques périphériques, les opiacés faibles et les opiacés majeurs)
- la durée de séjour.

Etaient exclus de l'étude, les patients présentant des douleurs d'origine traumatique, les patients de moins de 18 ans, les patients ayant des dossiers médicaux incomplets et les gestantes.

Analyse statistique : les différents paramètres ont été exprimés en nombre et en pourcentage calculé par méthode arithmétique, les moyennes sont exprimées nombre \pm écart type. Les comparaisons ont été faite par le Khi 2 et le test de Fisher par le Logiciel Epi Info 6.04 du CDC d'Atlanta téléchargé par Internet.

RESULTATS

La prévalence des douleurs thoraciques était de 9,1% parmi les urgences médicales. La population était constituée de 40 hommes (45,5%) et 48 femmes (54,5%). Le sex-ratio était de 1,2 ($p=0,22$). L'âge moyen de la population d'étude était de 38,8 \pm 17,3 ans (extrêmes 18 et 74 ans). L'âge moyen était de 41,2 \pm 18,4 ans IC95% [35,55 ; 46,95] pour les hommes et de 36,8 \pm 16,1 ans IC95% [32,33 ; 41,43] pour les femmes ($p=1,43$). Les patients provenaient du domicile dans 75 cas (85,2%). La répartition des patients selon la provenance, le sexe et l'âge, est donnée par le tableau I.

Nous avons répertorié 21 patients (23,9%) immunodéprimés. Neuf patients (10,2%) étaient tabagiques actifs ou sevré depuis moins de trois ans. Les antécédents et habitus des patients sont répertoriés dans le tableau II. La fièvre était le signe associé le plus fréquemment rencontré dans 42 cas (47,7%) suivie par la dyspnée dans 37 cas (42%) et la toux dans 33 cas (37,5%). La répartition des signes associés est donnée par le tableau III. Les étiologies les plus fréquemment répertoriées étaient broncho-pulmonaires (59% des cas). Elles étaient constituées des infections broncho-pulmonaires aiguës dans 23 cas et de la tuberculose dans 22 cas. Elles étaient suivies des maladies gastro-oesophagiennes (18,2% des cas) et les pathologies cardiovasculaires (11,4% des cas). Les différentes étiologies sont répertoriées dans le tableau IV.

Le traitement antalgique a été utilisé chez 44 patients (50% des cas). Ils étaient repartis en 15 hommes (37,5%) et 29 femmes (60,4%). $p=0,032$. Le traitement était constitué d'un antalgique périphérique (proparacétamol injectable ou AINS injectable) dans 17 cas (19,3%). Dans 15 cas (17%), il s'agissait d'un antalgique central, opiacé mineur employé en parentéral (le tramadol). Le proparacétamol ou les AINS en injectables étaient employés en association au tramadol injectable dans 12 cas (13,6%). Dans aucun cas, les opiacés majeurs n'étaient employés.

La durée moyenne d'hospitalisation dans le service des urgences était de 25,7 \pm 8,3 heures, avec les extrêmes de 12 et 48 heures. Aucun décès n'a été enregistré.

COMMENTAIRE

Les douleurs thoraciques constituent un motif de consultation peu fréquent dans notre étude. Il s'agit d'une entité rare dans la prise en charge des urgences en Afrique subsaharienne évaluée à moins de 2% [5, 6]. Nous avons répertorié dans notre série plus de femmes que d'hommes sans différence statistique, alors qu'en Occident ces douleurs sont surtout l'apanage des hommes [7] du fait de la prépondérance des cardiopathies ischémiques.

Les patients provenaient le plus souvent de leur domicile sans avoir été pris en charge au préalable dans un centre périphérique. Les difficultés de recours aux soins du fait de la pauvreté, les patients ne consultant que lorsque la pathologie s'aggrave [3] pouvant expliquer cette attitude. L'infection à VIH est le cofacteur le plus fréquemment retrouvé dans notre série. Il est le reflet de cette pandémie, qui représente la première cause de mortalité chez les adultes jeunes. L'immunodépression au VIH et ses complications est une des causes les plus fréquente d'admission en urgence en Afrique subsaharienne [3]. Les antécédents cardiovasculaires étaient retrouvés en deuxième rang après l'infection HIV dans notre série. Ces antécédents, facteurs de risque de la maladie coronarienne le plus souvent, qui reste la hantise des médecins dans les services d'urgences partout dans le monde.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés étaient la fièvre et la dyspnée. Ils n'étaient que le reflet des maladies infectieuses pulmonaires ; premières cause des douleurs thoraciques dans notre étude (59%). Cette prépondérance est due à l'intrication des symptômes communs digestifs, respiratoires et cardiaques que sont les douleurs thoraciques, la dyspnée et la toux, dans la prise en charge des douleurs thoraciques en urgence [8, 9, 10]. Les pathologies pulmonaires étaient suivies des maladies gastro-oesophagiennes (18,2%), puis de maladies cardiovasculaires qui arrivent en troisième position (11,4%). Cette tendance n'est pas celle retrouvée par Ka Sall au Sénégal [11] où, les maladies digestives arrivent au premier rang, suivies des maladies cardiovasculaires puis des pathologies pulmonaires. Cette répartition corrobore celle de Fruergaard en Europe [7]. Cette différence peut être expliquée par la prévalence de l'infection HIV au Congo, qui est supérieure à celle du Sénégal et des pays européens [12]. Les maladies cardiovasculaires, première cause des douleurs thoraciques aux urgences en Occident, n'arrivent qu'en troisième rang ; elles sont dominées par les péricardites. Les syndromes coronaires aigus ne représentent que deux cas ; cette rareté s'explique par le fait que la plupart des patients ne consultent que tardivement et l'épisode douloureux est souvent passé inaperçu ou minimisé [13]. Le diagnostic des syndromes coronaires aigus dans les conditions d'exercice en Afrique sub-saharienne est difficile à poser, car reposant le plus souvent sur la clinique et l'électrocardiogramme. La biologie spécifique, et les autres moyens d'investigations les plus fiables sont souvent inexistantes.

La prise en charge douleurs thoraciques aux urgences passe par la réalisation d'un scanner thoraciques, nettement supérieur aux autres moyens d'investigations

(ECG, radiographies, échographies et endoscopies) pour étayer le diagnostic [14, 10].

Les autres causes étaient représentées par plusieurs pathologies dont la drépanocytose, fréquente dans nos régions et dont la manifestation douloureuse est souvent au premier plan [15].

Bien que le motif de consultation ait été la douleur, seul la moitié des patients admis a pu bénéficier d'un traitement antalgique en dehors du traitement étiologique. Aucun opiacé majeur n'a été employé du fait de leur inaccessibilité sur le marché. Le traitement antalgique est plus employé chez les femmes car, elles ont tendance peut-être à exagérer cette manifestation, les hommes tendant à la minimiser ; alors que ce traitement devrait être systématique [4]. Mais l'autre frein de prescription des opiacés majeurs est leur coût parfois élevé et leur indisponibilité dans les pharmacies des hôpitaux en Afrique subsaharienne.

CONCLUSION

Les étiologies des douleurs thoraciques sont dominées par les maladies respiratoires et digestives. Les causes cardiovasculaires, première cause en Occident, n'arrivent qu'en troisième rang. Le diagnostic étiologique des douleurs thoraciques reste difficile du fait de l'inexistence des moyens d'investigations adéquats. Le traitement antalgique est encore peu employé. L'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, passe par l'équipement des hôpitaux en moyen d'investigation, et l'approvisionnement de leur pharmacie en médicaments d'urgence.

REFERENCES

- 1- Seedat YK. Hypertension in developing nations in Sub-saharan Africa. *J Hum Hypertens* 2000; **14**: 739-747
- 2- Sauval P, Greffët A. Prise en charge pré-hospitalière des syndromes coronaires. In *Cardiologie et maladies vasculaires*, Elsevier Masson, Paris 2007, pp 118-124
- 3- Hovette P, Ba P, Kraemer P, Chaudier B. Existe t-il des urgences médicales tropicales? Le point de vue du médecin. *Med Trop* 2002 ; **62** : 244-46
- 4- World health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO, 1986
- 5- Bertrand E, Muna WFT, Diouf SM, Ekra A, Kane A, Kingue S, Kombila P et al. Urgences cardiovasculaires en Afrique subsaharienne. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2006 ; **99**(12) : 1159-65
- 6- Gombet Th, Ellenga-Mbolla BF, Ikama MS, Okiemy G, Etitele F. Urgences cardiovasculaires au Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Med Afr Noire* 2007 ; **54** (10) : 505-511
- 7- Fruergaard P, Launbjerg J, Hesse B, Jørgensen F, Petri A, Eiken P, Aggestrup S et al. The diagnoses of patients admitted with acute chest pain but without myocardial infarction. *Eur Heart J* 1996, **17**: 1028-34
- 8- Siegel PD, Katz J. Respiratory complications of gastroesophageal reflux disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 1996, **23** (3): 433-441
- 9- Sole DP, McCabe JL, Wolfson AB. ECG changes with perforated duodenal ulcer mimicking acute cardiac ischemia. *Am J Emerg Med* 1996; **14** (4): 410-11
- 10- Schneider F, Schenck M, Lutun P, Rohr S, Tempé JD. Fistule gastropéricardique révélée par un pneumopéricarde. *Réanimation Urgences* 1996 ; **5** (3) :353-356
- 11- Ka Sall B, Kane O, Diouf E, Beye MD. Les urgences dans un centre hospitalier universitaire en milieu tropical. Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Med Trop* 2002 ; **62** : 247-50
- 12- Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA/OMS. Décembre 2007. www.data.unaids.org/Pub/EpiSlides/2007/2007_epiupdate-fr.pdf (téléchargé le 03/03/2008)
- 13- Kimbally-Kaky G, Bouramou C. Profil et avenir des patients congolais atteints d'insuffisance coronarienne : à propos de 743 cas. *Med Afr Noire* 2000 ; **47** : 197-207
- 14- Olivier TB, Murchison JT, Reid JH. Spiral CT in acute non-cardiac chest pain. *Clinical Radiology* 1999; **24** (1): 38-45
- 15- Ballas SK. Sickle cell disease: clinical management. *Baillière's Clinical Haematology* 1998; **11**(1): 185-214

Tableau I : répartition des patients selon l'âge (exprimé en années), le sexe et la provenance. Les différentes variables sont exprimées en nombres et en pourcentage entre parenthèses, ainsi qu'en moyenne±écart type.

	Hommes n=40	Femmes n=48	Total n=88	Valeur de p
Répartition selon l'âge :				
- < 20 ans	3 (7,5)	4 (8,3)	7 (8)	
- 20-29 ans	10 (25)	19 (39,6)	29 (33)	
- 30-39 ans	11 (27,5)	8 (16,7)	19 (21,6)	
- 40-49 ans	5 (12,5)	6 (12,5)	11 (12,5)	
- 50-59 ans	2 (5)	4 (8,3)	6 (6,8)	
- 60-69 ans	4 (12,8)	6 (12,5)	10 (11,3)	
- ≥ 70 ans	5 (10)	1 (2,1)	6 (6,8)	
Age moyen±écart type	41,2±18,4 ans	36,8±16,1 ans	38,8±17,3 ans	p= 1,43
Répartition selon la provenance				
- Domicile	35 (87,5)	40 (83,3)	75 (85,2)	p= 0,58
- Hôpital de base ou clinique	4 (10)	7 (14,6)	11 (12,5)	p= 0,51
- Référé de l'intérieur du pays	1 (2,5)	1 (2,1)	2 (2,3)	

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents médicaux et les habitus. Les variables sont exprimées en nombre et en pourcentage entre parenthèses.

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)	Valeur r de p
Infection HIV	8 (20)	13	21 (23,9)	p=0,43
Pathologie cardiovasculaire	8 (20)	3	11 (12,5)	p=0,052
<i>Insuffisance cardiaque HTA*</i>	4	1	5	
	4	2	6	
Tuberculose	6	1	7 (8)	
Drépanocytose	2	5	7 (8)	
pathologie digestive	1	3	4	
<i>maladie ulcéreuse RGO**</i>	1	2	3	
		1	1	
Tabagisme	8	1	9 (10,2)	
<i>Alcoolisme</i>	5		5 (5,6)	
<i>Diabète</i>	2		2	
<i>Polyradiculonévrite</i>		1	1	

**HTA : hypertension artérielle

* RGO : reflux gastro-oesophagien.

Tableau III : Répartition des patients selon les signes associés aux douleurs thoraciques. Variables exprimées en nombre et en pourcentage entre parenthèses.

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)	Valeur r de p
Fièvre	19 (47,5)	23 (48)	42 (47,7)	0,96
Dyspnée	20 (50)	17 (35,4)	37 (42)	0,16
Toux	15 (37,5)	18 (37,5)	33 (37,5)	
Altération de l'état général	8 (20)	14 (29,2)	22 (25)	
Hématémèses	5 (12,5)	4 (8,3)	9 (12,2)	
Autres :	9	10	19 (10,2)	
<i>Etats de choc</i>	2	6	8	
<i>Vomissements</i>		3	3	
<i>Douleurs osseuses</i>	2	1	3	
<i>Hémoptysies</i>	3		3	
<i>Agitation</i>	1		1	
<i>Syncope</i>	1		1	

Tableau IV : Répartition des patients selon les différentes étiologies répertoriées. Les variables sont exprimées en nombre et en pourcentage entre parenthèses.

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)	Valeur de p	IC 95%
Pathologie pulmonaire : broncho-	23 (57,5)	29 (60,4)	52 (59)	0,78	0,488 ; 0,692
<i>IBPA*</i>	8	15	23		
<i>Tuberculose</i>	11	11	22		
<i>Pleurésie</i>	3	3	6		
<i>Cancer broncho-pulmonaire</i>	1		1		
Pathologie gastro-oesophagienne :	6 (15)	10 (20,8)	16 (18,2)	0,47	0,102 ; 0,262
<i>Ulcère gastro-duodéal</i>	3	4	7		
<i>Reflux gastro-oesophagien</i>		2	2		
<i>Ingestion de caustique</i>	2	3	5		
<i>Cirrhose</i>	1		1		
<i>Cholécystite aiguë</i>		1	1		
Pathologie cardiovasculaire :	9 (22,5)	1 (2,1)	10 (11,4)	0,007	0,048 ; 0,18
<i>Péricardite</i>	3	1	4		
<i>Embolie pulmonaire</i>	3		3		
<i>Syndrome coronarien aigu</i>	2		2		
<i>Cœur pulmonaire chronique</i>	1		1		
Autres :	2	8	10 (11,4)		
<i>Crises vaso-occlusives</i>	2	4	6		
<i>Zona intercostal</i>		3	3		
<i>Polyradiculonévrite</i>		1	1		

IBPA* : Infection broncho-pulmonaire aiguë